



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

ANA CAROLINA DO VALE LIMA BAPTISTA

DOR NAS ARTRITES IDIOPÁTICAS JUVENIS

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE REUMATOLOGIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROF. DOUTOR JOSÉ ANTÓNIO PEREIRA DA SILVA
DR. MANUEL SALGADO**

MARÇO 2010

Dor nas Artrites Idiopáticas Juvenis

Ana Carolina do Vale Lima Baptista
carolina.baptisa@gmail.com

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	ii
ÍNDICE DE TABELAS.....	iii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	iv
RESUMO.....	v
PALAVRAS-CHAVE.....	vi
ABSTRACT.....	vii
KEY-WORDS.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. MATERIAL E MÉTODOS.....	4
2.1 Amostra.....	4
2.2 Instrumentos e Procedimentos.....	4
2.3 Análise Estatística.....	6
3. RESULTADOS.....	7
3.1 Sintomas Músculo-esqueléticos.....	9
3.2 Intensidade da dor.....	10
Grupo A.....	10
Grupo B.....	12
4. DISCUSSÃO.....	14
Implicações Clínicas.....	17
5. AGRADECIMENTOS.....	18
6. BIBLIOGRAFIA.....	19
ANEXOS.....	23

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Avaliação dos sinais de artrite feita pelo MPCRP nas crianças com AIJs.	9
Figura 2 - Dor avaliada pelo MPCRP durante a consulta no grupo A.	10
Figura 3 - Dor referida pelas crianças no momento da entrevista (grupo A).	10
Figura 4 - Dor referida pelas crianças nas 24 horas anteriores à entrevista (Grupo A).	11
Figura 5 - Dor referida pelas crianças na semana anterior à entrevista (Grupo A).	11
Figura 6 - Dor referida pelas crianças no mês anterior à entrevista (Grupo A).	11
Figura 7 - Dor avaliada pelo MPCRP durante a consulta e avaliada pelos familiares durante a entrevista no grupo B.	12
Figura 8 - Dor nas 24 horas anteriores à entrevista, avaliada pelos familiares (grupo B).	12
Figura 9 - Dor na semana anterior à entrevista, avaliada pelos familiares (grupo B).	13
Figura 10 - Dor no mês anterior à entrevista, avaliada pelos familiares (grupo B).	13

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Critérios de classificação das AIJs segundo a ILAR.	1
Tabela II - Avaliação da dor pelo MPCRP.	5
Tabela III - Grupos de estudo.	6
Tabela IV - Adultos Informantes.	8
Tabela V - Caracterização epidemiológica do grupo A.	8
Tabela VI - Caracterização epidemiológica do grupo B.	8

LISTA DE ABREVIATURAS

AIJs – Artrites Idiopáticas Juvenis

DME – Dor músculo-esquelética

HPC – Hospital Pediátrico de Coimbra

ILAR – International League of Associations for Rheumatology

RP – Reumatologia Pediátrica

MPCRCP – Médico Pediatra com Competência em Reumatologia Pediátrica

RESUMO

Introdução: A dor é considerada um sintoma clinicamente importante nas artrites idiopáticas juvenis, apesar de não estar muito bem caracterizada na literatura. Porém, em muitos destes pacientes, o início da artrite é indolor. A demora no diagnóstico destas crianças pode duplicar face ao verificado nas crianças com dor desde o início da doença.

Objectivos: Explorar o valor preditivo da dor nas artrites idiopáticas juvenis. Avaliar a intensidade da dor nas crianças com estas patologias.

Metodologia: Na consulta de reumatologia pediátrica do hospital pediátrico de Coimbra, num período de 10 meses, foram entrevistadas as crianças com doença em actividade com diagnóstico de artrites idiopáticas juvenis, comparando-se com outras doenças com dor músculo-esquelética. Inquiriu-se a presença e intensidade da dor no momento da entrevista, nas 24 horas anteriores, na semana anterior e no mês anterior. A intensidade da dor foi quantificada pela escala de Faces Revista (adaptada de 0 a 5) nas crianças com idade igual ou superior a quatro anos. Em crianças com menos de quatro anos ou incapazes de fazer a auto-avaliação, a intensidade da dor foi quantificada na perspectiva do(s) familiar(es) em 4 graus: ausente, ligeira, moderada ou intensa. Durante a consulta a intensidade da dor foi valorizada pelo médico pediatra com competência em reumatologia pediátrica em 4 graus: ausente, ligeira, moderada ou intensa.

Resultados: Foram incluídas 39 pacientes com artrites idiopáticas juvenis e 22 com outras patologias que cursam com dor músculo-esquelética. No exame objectivo das crianças com artrites idiopáticas juvenis, 44% não manifestavam dor e 95% apresentavam tumefacção articular. Nenhuma das crianças com artrites idiopáticas juvenis que fez a auto-avaliação classificou a dor como intensa; poucos familiares das crianças com artrites idiopáticas juvenis

classificaram a dor como intensa. Quando presente, a dor foi, de um modo geral, classificada como ligeira a moderada. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação da dor feita pelo médico e a classificação feita pelas crianças, assim como entre a avaliação feita pelo médico e pelos familiares.

Conclusões: a dor está ausente em muitos doentes com artrites idiopáticas juvenis. Quando presente e de um modo geral, a dor é referida pela criança ou familiares como ligeira a moderada. O sinal clínico mais frequente nas artrites idiopáticas juvenis é a tumefacção articular. Há concordância médico-criança e médico-familiares na avaliação da dor. O facto de a dor não ser das manifestações mais frequentes das artrites idiopáticas juvenis poderá mostrar-se muito útil na fase inicial da doença, quando se colocam questões no diagnóstico diferencial.

PALAVRAS-CHAVE: Artrites idiopáticas juvenis; dor; valor preditivo; diagnóstico; manifestações articulares.

ABSTRACT

Background: Pain is generally considered to be a clinically significant symptom of juvenile idiopathic arthritis, although not well characterized in the literature. However, in many of these patients, the onset of arthritis is painless. The diagnosis delay may be twice as long in the children without pain.

Objectives: Explore the predictive value of pain in juvenile idiopathic arthritis. Evaluate pain intensity in children with juvenile idiopathic arthritis.

Methods: During pediatric rheumatology consultations at the Hospital Pediátrico de Coimbra, for a 10-month period, all children with juvenile idiopathic arthritis or other diseases that include musculoskeletal pain were interviewed. Only children with active disease were included. Children were asked about the pain they felt during the interview, in the previous 24 hours, week and month. They were also asked about the intensity of that pain. Faces Pain Scale – Revised (adapted from 0 to 5) was used to assess the intensity of pain in children with four years or older. In children under four years or incapable of self-assessment, pain intensity was quantified in the perspective of family members into 4 grades: absent, mild, moderate or severe. During the consultation, pain intensity was enhanced by a pediatrician with expertise in pediatric rheumatology in 4 degrees: absent, mild, moderate or severe.

Results: 39 patients with juvenile idiopathic arthritis and 22 patients with other diseases that occur with musculoskeletal pain were included. At physical examination, 44% of children with juvenile idiopathic arthritis had no pain and 95% had joint swelling. None of the children with juvenile idiopathic arthritis who made the self-assessment rated the pain as severe, and few family members of children with juvenile idiopathic arthritis did so. When existent, the pain was in general classified as mild to moderate. There were no statistically significant differences between the pain assessment made by the clinician and the classification made by

the children, as well as between the assessment made by the clinician and the family members.

Conclusions: Pain is absent in many patients with juvenile idiopathic arthritis. When present and in general, the pain is referred by the child or family members as mild to moderate. The most common clinical sign in juvenile idiopathic arthritis is joint swelling. The level of agreement between children and clinicians and between family members and clinicians in rating pain is good. The fact that the pain is not one of the most common manifestations of juvenile idiopathic arthritis might prove very useful in early disease, when the differential diagnosis is made.

KEY-WORDS: Juvenile idiopathic arthritis; pain; diagnosis; predictive value; joint manifestations.

1. INTRODUÇÃO

As Artrites Idiopáticas Juvenis (AIJs) representam um conjunto heterogéneo de doenças caracterizadas pela presença de artrite com início antes dos 16 anos de idade, duração igual ou superior a seis semanas e de etiologia desconhecida (Woo et al. 2007). Nos anos 70 foram criadas duas classificações independentes para as artrites crónicas das crianças: a da European League of Associations for Rheumatology (EULAR) agrupadas sob a designação de artrite crónica juvenil; a do American College of Rheumatology (ACR) que as agrupou como artrite reumatóide juvenil. Em 1997, em Durban foi adoptada a classificação actual, proposta pela International League of Associations for Rheumatology (ILAR). Os critérios de classificação da ILAR reconhecem 7 subtipos de AIJs (Tabela I) em função da evolução nos primeiros 6 meses da doença (Cassidy and Petty, 2005).

Critérios de Classificação das AIJs: Durban, 1997	
1.	Sistémica
2.	Oligoarticular (≤ 4 articulações)
	a) Persistente
	b) Estendida
3.	Poliarticular (factor reumatóide negativo)
4.	Poliarticular (factor reumatóide positivo)
5.	Artrite psoriática
6.	Artrite relacionada com entesite
7.	Artrites indiferenciadas:
	a) Não classificável nas anteriores
	b) Classificável em mais que uma categoria

Tabela I - Critérios de classificação das AIJs segundo a ILAR (Cassidy and Petty, 2005).

As AIJs não são doenças raras, tendo uma prevalência entre 16-150:100.000 (Oen and Cheang 1996 e Gare 1998). Globalmente as AIJs são as patologias reumáticas mais frequentes em idade pediátrica, sendo responsáveis por cerca de metade do total das consultas realizadas em RP (Cassady and Petty 2005, Rosenberg 2005).

O diagnóstico das AIJs baseia-se numa anamnese e exame físico cuidadosos (Foster et al. 2007). As AIJs têm manifestações articulares e extra-articulares, sendo estas variáveis nos diferentes subtipos (Cassidy, 2005 Woo et al. 2007).

Dentro das manifestações resultantes do envolvimento articular, e ao contrário das diferentes artrites agudas, nas artrites crónicas das AIJs não estão presentes todos os sinais inflamatórios (Lehman 2009). Pela classificação da ILAR, a artrite é definida como tumefacção articular ou limitação dos movimentos articulares com dor ou incómodo, observado pelo médico e não devido a causas mecânicas (Cassidy 2005).

Apesar de não estar muito bem caracterizada na literatura pediátrica, a dor é considerada um sintoma clinicamente importante nas AIJs (Schanberg et al. 1997). Presume-se que o estímulo nociceptivo é causado pela lesão dos tecidos secundária à inflamação articular e que não há uma relação directa entre a intensidade da dor e o grau de inflamação articular (Illoite et al. 1992).

No entanto, em muitos pacientes com AIJs o início da artrite é insidioso e apresenta-se sob a forma de uma tumefacção subclínica indolor (Len et al. 2006, Lehman 2009), o que pode dificultar o diagnóstico. McGhee et al. (2002) especulam que os médicos, utilizando os modelos adultos da reumatologia, não consideram a hipótese de AIJs no diagnóstico diferencial de crianças que apresentam tumefacção articular indolor e alterações da marcha.

É frequente que o diagnóstico de AIJs não seja suspeitado inicialmente devido à ausência de dor. O consequente atraso no diagnóstico pode ser até duas vezes superior comparado com as crianças que têm dor desde o início da doença (Sherry et al. 1990), interferindo pejorativamente no prognóstico (Len et al. 2006).

Num trabalho recente, a presença de dor músculo-esquelética (DME) como principal manifestação de artrite mostrou ter um valor preditivo negativo para o diagnóstico não só das AIJs mas também de outras doenças inflamatórias crónicas (McGhee, 2002). No entanto, alguns estudos apontam para o facto de a dor experienciada por estas crianças poder ser subvalorizada (Anthony e Schanberg 2003 e Varni et al. 2003).

Este trabalho tem dois objectivos. Primeiro, pretende-se explorar o valor preditivo da DME no diagnóstico das AIJs. Em segundo lugar, avaliar a intensidade da dor referida pelas crianças com AIJs ou percebida pelos familiares das mesmas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Amostra

Foram analisadas prospectivamente todas as crianças com o diagnóstico de AIJs ou com DME observados na consulta de RP do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC) entre 1 de Abril de 2009 e 8 de Fevereiro de 2010.

O diagnóstico de AIJs assentou nos critérios de classificação da ILAR.

Definiu-se artrite como tumefacção articular ou limitação dos movimentos articulares com dor ou incómodo, observado pelo médico e não devido a causas mecânicas.

Considerou-se doença em actividade a presença de artrite em pelo menos uma articulação.

Foi critério de inclusão a presença de artrite em pelo menos uma articulação ou DME no momento da avaliação pelo MPCRP.

Foram excluídos os doentes que no dia da entrevista estavam sob efeito de analgésicos.

2.2 Instrumentos e Procedimentos

Imediatamente antes da avaliação pelo MPCRP as crianças e o(s) familiare(s) responderam a uma entrevista realizada por uma enfermeira especializada em RP. Foi inquirida da presença e intensidade da dor no momento da entrevista, nas 24 horas anteriores, na semana anterior e no mês anterior.

A intensidade da dor foi quantificada pela Escala das Faces Revista por von Baeyer et al. (2009) (adaptada para valores entre 0 e 5) nas crianças com idade igual ou superior a 4 anos (Grupo A). Em crianças com menos de 4 anos ou que não eram capazes de fazer a auto-avaliação, a intensidade da dor foi quantificada na perspectiva do(s) familiar(es) em 4 graus: ausente, ligeira, moderada ou intensa (Grupo B).

Durante a consulta a intensidade da dor foi valorizada pelo médico em 4 graus: ausente, ligeira, moderada ou intensa (Tabela II).

	Impotência funcional	Dor despertada pelo exame objectivo da articulação	Choro / Queixume
Ausente	×	×	×
Ligeira	Nenhuma ou permite a maioria das actividades	Só nos limites da amplitude articular	×
Moderada	Permite algum movimento; limitação de algumas actividades	Quando ultrapassa os limites da postura antálgica	Raro
Intensa	Incapaz de utilizar a articulação	Com qualquer movimento	Sim

Tabela II - Avaliação da dor pelo MPCRP.

O MPCRP não teve conhecimento prévio da apreciação sobre a dor obtida na entrevista da enfermeira.

Cada grupo (A e B) foi dividido, com base no diagnóstico e dados clínicos, em 2 subgrupos (Tabela III).

Grupo A (auto-avaliação)	A1	AIJ com sinais e sintomas
	A2	Outras dores OA
Grupo B (avaliação pelos familiares)	B1	AIJ sem sinais e sintomas
	B2	Outras dores OA

Tabela III - Grupos de estudo.

Foram considerados os seguintes dados epidemiológicos: grupo etário e sexo da criança e os acompanhantes informantes.

2.3 Análise Estatística

Para a análise estatística foi utilizado o software SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para MS Windows, considerando-se um nível de significância de 0.05 ao longo do estudo (intervalo de confiança de 95%).

Para a caracterização da amostra foi utilizada a estatística descritiva, tendo em conta as variáveis, a análise da média como medida de tendência central e desvio padrão como medida de dispersão.

Para inferir sobre a natureza da distribuição das variáveis Dor Clínica e Dor Agora nos grupos A1 e A2 e nos grupos B1 e B2 utilizou-se o teste Shapiro-Wilk tendo-se verificado que estas não seguiam uma distribuição normal. Assim, recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon para comparar as variáveis.

3. RESULTADOS

Entre 1 de Abril de 2009 e 8 de Fevereiro de 2010 foram observadas na consulta de RP do HPC 451 crianças, das quais 145 com o diagnóstico de AIJs. No mesmo período, realizaram-se 1242 consultas, das quais 47% por doentes com AIJs. Neste universo de doentes, 61 reuniam os critérios para entrar no estudo: 39 crianças com diagnóstico de AIJs e 22 crianças com outras patologias que cursam com DME. Foram excluídas 8 crianças por tomar analgésicos, 6 das quais com diagnóstico de AIJs.

Das 39 crianças com AIJs, 19 (48,7%) apresentavam a forma Oligoarticular persistente; 10 (25,6%) a forma Oligoarticular estendida; 9 (23,1%) a forma Poliarticular e uma (2,6%) a forma Sistémica.

No grupo das crianças com outras patologias que cursam com DME havia 7 síndromes de dores amplificadas, 3 sinovites transitórias da anca, 3 artralguas inespecíficas, 2 somatizações, 2 doenças indiferenciadas do tecido conjuntivo, duas artrites recorrentes de causa X, uma síndrome fasceíte-miosite recorrente, uma cervicalgia e uma osteomielite esclerosante da mandíbula.

A mãe foi o adulto informante mais frequente (Tabela IV).

Acompanhante	Nº crianças
Mãe	29
Ambos pais	20
Mãe e outro(s) familiar(es)	7
Pai	4
Avós	1
	61

Tabela IV - Adultos Informantes.

O grupo que fez a auto-avaliação (grupo A) é constituído por 38 doentes com idades compreendidas entre os 4 e os 16 anos (Tabela V).

	A1	A2	Total (A)
Média Idade	8,9 (\pm 2,7)	11,5 (\pm 3,2)	10,1 (\pm 3,2)
Sexo Feminino	75%	72,20%	73,70%
n	20	18	38

Tabela V - Caracterização epidemiológica do grupo A.

O grupo em que a avaliação algica foi feita pelos familiares (grupo B) engloba 23 crianças com idades compreendidas entre os 1 e os 5 anos (Tabela VI).

	B1	B2	Total (B)
Média Idade	2,63 (\pm 1,3)	3,75 (\pm 1,5)	2,83 (\pm 1,3)
Sexo Feminino	63%	0,00%	52,20%
n	19	4	23

Tabela VI - Caracterização epidemiológica do grupo B.

3.1 Sintomas Músculo-esqueléticos

Durante a consulta, o MPCRP avaliou os sinais de artrite presentes nas crianças com diagnóstico de AIJs (Figura 1).

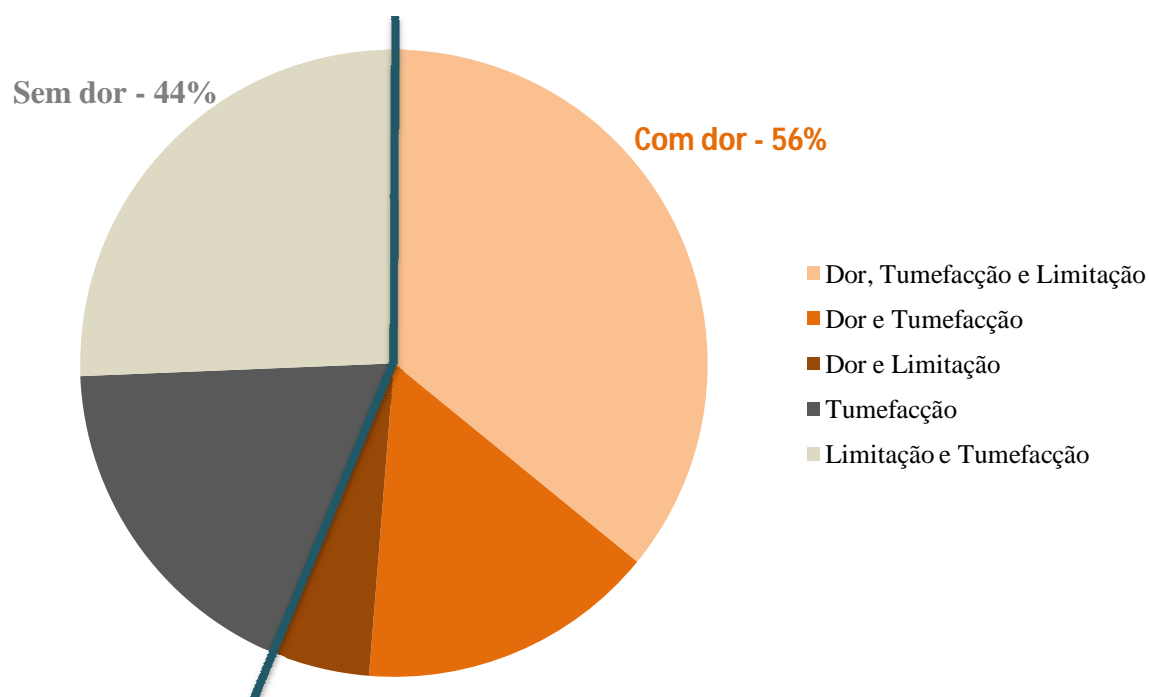


Figura 1 - Avaliação dos sinais de artrite feita pelo MPCRP nas crianças com AIJs.

Das 17 crianças sem dor, 58,8% apresentavam tumefacção e limitação e as restantes 41,2% apenas tumefacção.

Das 22 crianças com dor, 66,7% tinham dor, tumefacção e limitação, 23,8 % tinham dor e tumefacção e 9,5 % tinham dor e limitação.

De todos os sinais, o mais frequente foi a tumefacção, presente em 37 das 39 crianças (95%).

3.2 Intensidade da dor

Grupo A

No grupo A1, de um modo geral, a dor foi mais frequentemente referida como ausente e nunca foi classificada com o nível máximo da escala.

No grupo A2 a classificação distribui-se mais difusamente pelos diferentes níveis de dor, consoante o momento inquirido. A dor foi classificada sempre em níveis superiores aos do grupo A1, excepto no dia da entrevista e na avaliação pelo MPCRP.

Relativamente à avaliação pelo MPCRP (Figura 2), há uma boa concordância com as avaliações feitas pelas crianças ($p > 0,05$, teste de Wilcoxon, em ambos os grupos). No entanto, o número de crianças sem dor é menor na avaliação feita pelo MPCRP.

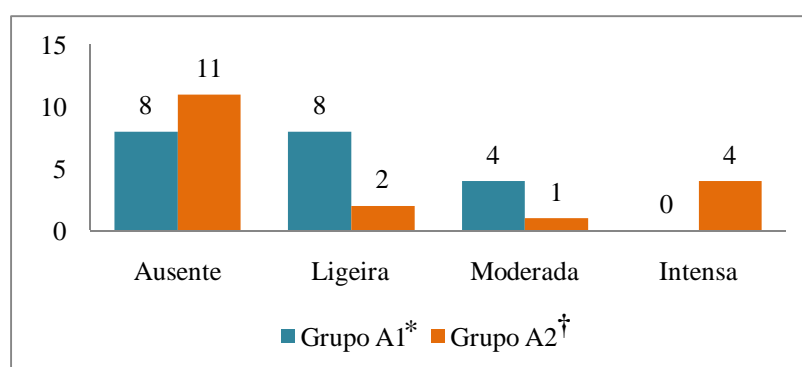


Figura 2 - Dor avaliada pelo MPCRP durante a consulta no grupo A. * $p < 0,05$ (teste de Shapiro-Wilk). † $p < 0,05$ (teste de Shapiro-Wilk).

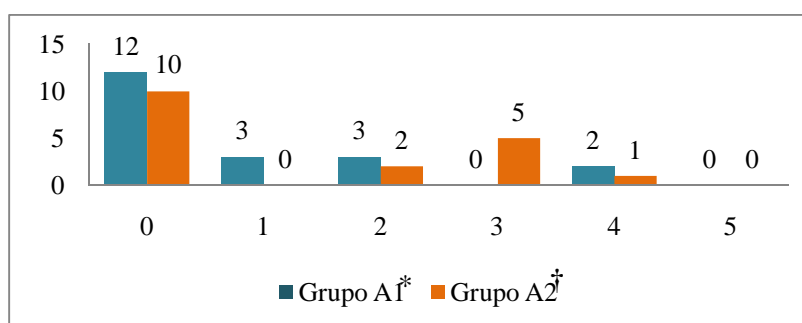


Figura 3 - Dor referida pelas crianças no momento da entrevista (grupo A). * $p < 0,05$ (teste de Shapiro-Wilk).

† $p < 0,05$ (teste de Shapiro-Wilk).

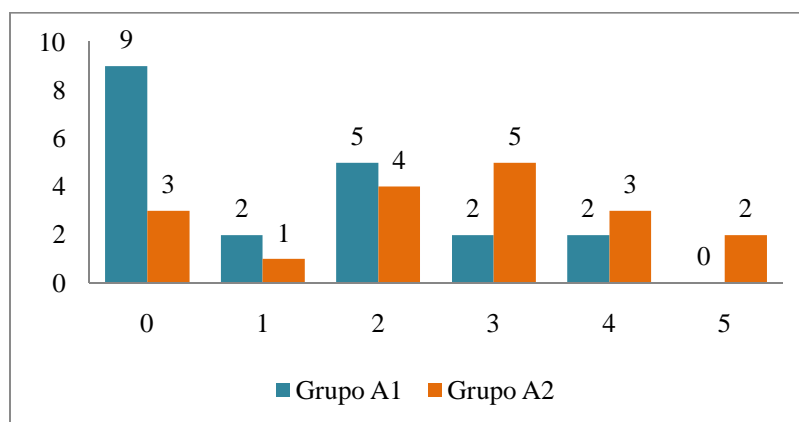


Figura 4 - Dor referida pelas crianças nas 24 horas anteriores à entrevista (Grupo A).

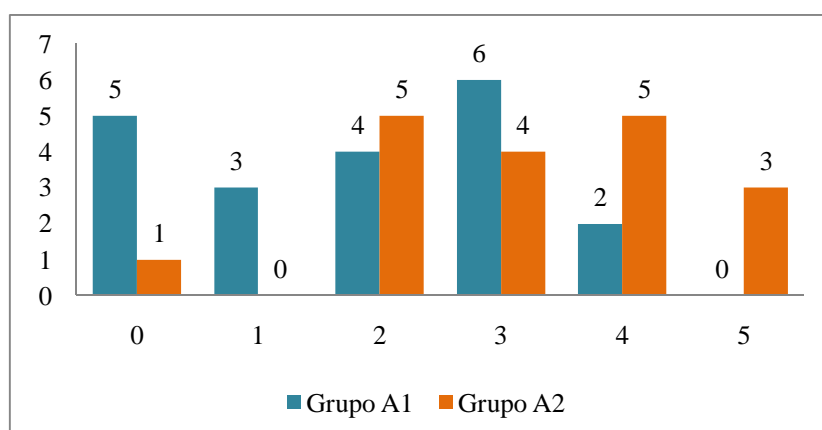


Figura 5 - Dor referida pelas crianças na semana anterior à entrevista (Grupo A).

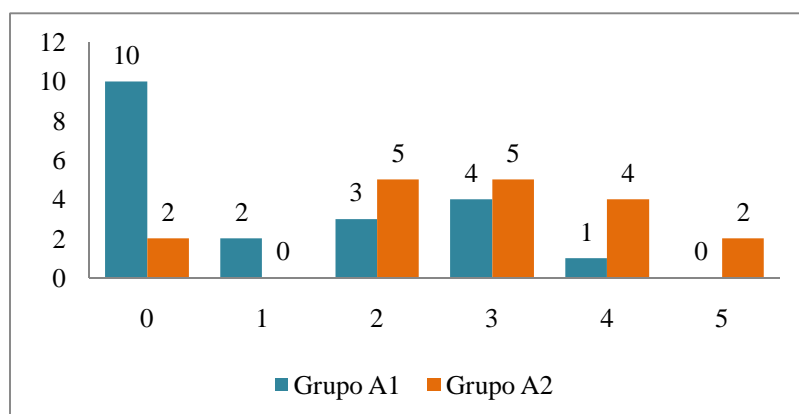


Figura 6 - Dor referida pelas crianças no mês anterior à entrevista (Grupo A).

Grupo B

Neste grupo, o número de crianças com AIJs com dor intensa é superior ao grupo anterior, que fez a auto-avaliação. Na avaliação feita durante a consulta há menos crianças do grupo B1 sem dor que na avaliação feita pelos pais durante a entrevista com a enfermeira.

Utilizando o teste de Wilcoxon, é possível concluir que não há diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação feita pelo MPCRP e os familiares das crianças tanto no grupo B1 como no grupo B2 (para ambos, $p > 0,05$).

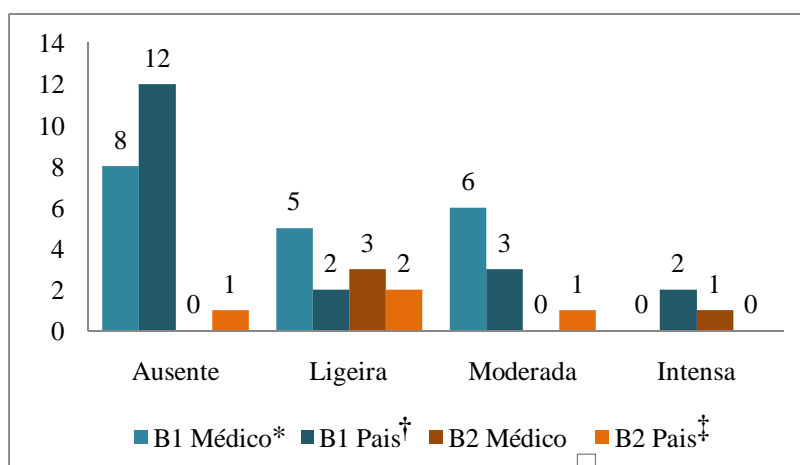


Figura 7 - Dor avaliada pelo MPCRP durante a consulta e avaliada pelos familiares durante a entrevista no grupo B.
* $p < 0,05$ (teste de Shapiro-Wilk). † $p < 0,05$ (teste de Shapiro-Wilk). □ $p < 0,05$ (teste de Shapiro-Wilk). ‡ $p > 0,05$ (teste de Shapiro-Wilk).

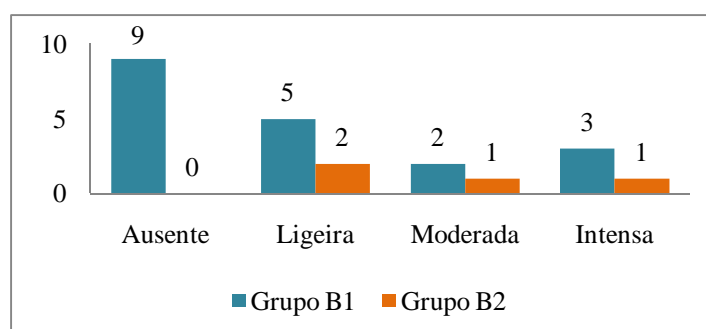


Figura 8 - Dor nas 24 horas anteriores à entrevista, avaliada pelos familiares (grupo B).

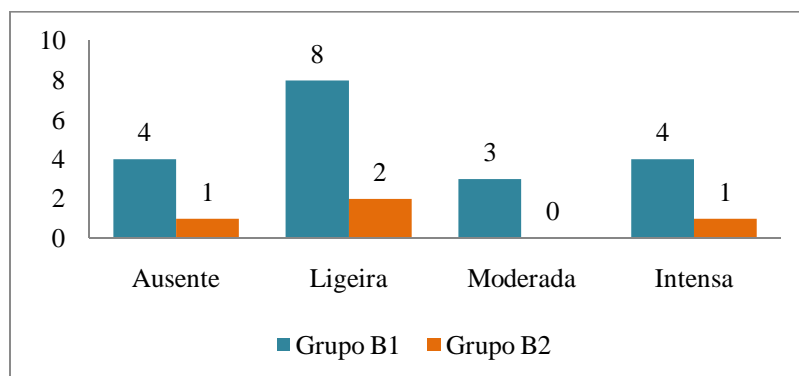


Figura 9 - Dor na semana anterior à entrevista, avaliada pelos familiares (grupo B).

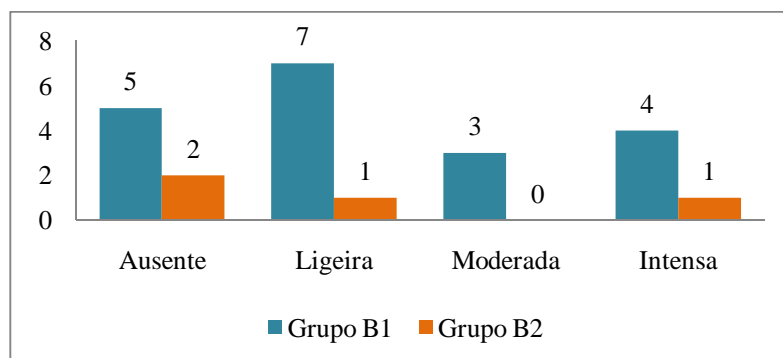


Figura 10 - Dor no mês anterior à entrevista, avaliada pelos familiares (grupo B).

4. DISCUSSÃO

Este estudo permite-nos tirar três conclusões sobre as manifestações osteoarticulares nas AIJs: a) a dor não está presente em muitos dos doentes; b) quando presente, de um modo geral a dor é referida pela criança ou familiares como ligeira a moderada; c) o sinal clínico de artrite mais frequente das AIJs é a tumefacção articular.

Estas conclusões estão de acordo com um estudo retrospectivo realizado por McGhee et al. (2002), no qual se analisaram os processos de 414 crianças com sintomas ME, 76 das quais com diagnóstico de AIJs. Neste estudo, nas crianças com AIJs, apenas 16% incluíam a dor como uma das queixas cardinais. Os autores concluíram que, no espectro das queixas referidas por pais e crianças, a tumefacção é a que mais se relaciona com as AIJs.

Foster et al. (2007) observaram que mais de um terço das crianças com AIJs não referem dor. Também Sherry et al. (1990) demonstraram que as crianças com AIJs podem não ter dor, embora em percentagem menor (14%), em especial no subtipo oligoarticular em que 26% delas não manifestaram dores. O reduzido número de casos de AIJ (39) por nós analisados não permitiu fazer esta avaliação por subtipos de AIJs.

A elevada percentagem de crianças avaliadas na consulta sem dor demonstra que a sua presença, como manifestação principal, não é um bom indicador de doença articular inflamatória crónica nas crianças (McGhee et al. 2002 e Foster et al. 2007, Schamberg et al. 2003). No entanto, esta não é uma conclusão recente. Em 1977, Scott et al. já alertaram para o facto de a dor não estar relacionada com a severidade ou actividade da doença.

Relativamente à intensidade da dor nas crianças com AIJs, vários estudos demonstram que esta é ligeira a moderada (Varni et. al 1987, Lovell and Walco 1989, Schanberg et al. 1997 e McGhee et al. 2002), à semelhança do verificado na amostra agora estudada.

Em ambos os grupos estudados com AIJs (A1 e B1), o número de crianças sem dor foi superior durante a entrevista conduzida pela enfermeira comparativamente à avaliação realizada pelo MPCRP durante a consulta. Esta constatação dever-se-á ao facto do exame objectivo despertar dor em alguns doentes. Contudo, não deixa de ser relevante que a dor esteja ausente em 44% dos doentes observados pelo MPCRP.

O sinal clínico mais comum nas AIJs foi a tumefacção articular que estava presente em 95% dos doentes estudados. Também Foster et al. (2007) demonstraram que a tumefacção é o sinal clínico mais frequente, presente em 70% das crianças por eles estudadas. Çenocak et al. (2003) analisaram a variabilidade na avaliação das manifestações articulares por diferentes observadores clínicos. Segundo estes autores, o nível de concordância entre clínicos na avaliação da tumefacção articular é reduzido, devido às diferenças nas técnicas de observação,

Apesar de haver diferenças na avaliação da dor no grupo-controlo relativamente ao grupo de crianças com AIJs estas são subtis. A explicação mais provável prende-se com o facto deste estudo apenas incluir crianças seguidas em consulta. Uma vez que muitas das patologias que cursam com DME têm uma apresentação aguda, teria sido interessante incluir crianças observadas no serviço de urgência.

No que diz respeito aos métodos de avaliação utilizados neste estudo, reconhecem-se algumas limitações. Em primeiro lugar, a classificação da dor foi diferente no grupo A (que avaliou a dor em seis graus) e no grupo B (que avaliou a dor em 4 graus). Isto impediu a comparação directa entre os grupos. A escala visual analógica poderia ter sido aplicada nos dois grupos. No entanto, crianças com menos de 7-8 anos ainda não têm capacidade de entender o conceito desta escala, mesmo com uma sessão prévia de aprendizagem (Shields et al. 2003). Assim, ao ser utilizada, o número de crianças capazes de fazer a auto-avaliação seria menor.

Garcia-Munitis et al. (2006) demonstraram que ambos os pais são capazes de avaliar a dor da criança.

De um modo geral, a concordância MPCRP-criança e MPCRP-familiar na avaliação da dor foi boa. Bland e Altman (1986) demonstraram que os níveis de concordância médico-criança e médico-pais na avaliação da dor são bons para os níveis mais baixos de dor, com diminuição da concordância à medida que a intensidade da dor aumenta.

Por outro lado, a dor foi classificada com níveis mais altos no grupo B1 que no grupo A1. Esta classificação da dor com valores mais baixos por parte das crianças comparativamente aos pais também foi observada por Garcia-Munitis et al. (2006).

No entanto, é importante referir que, apesar de as crianças referirem dor ligeira a moderada, o carácter crónico da dor pode condicionar ansiedade, depressão e baixa auto-estima (Zeltzer et al. 1997). Sabe-se que a dor nas crianças com AIJs está significativamente relacionada com disfunção psicossocial condicionando, por exemplo, uma participação reduzida em actividades escolares e sociais (Benestad et al. 1996, Schanberg et al. 2003 e Anthony and Schanberg 2003). As crianças com níveis de dor mais elevados têm mais dificuldades em seguir o tratamento e maiores receios relacionados com a sua doença (Sawyer et al. 2004).

Sabe-se também que as crianças com AIJs têm uma qualidade de vida inferior às crianças saudáveis (Sawyer et al. 2005) e que a redução da dor, mesmo que mínima, está associada a uma melhoria da qualidade de vida destes pacientes (Dhanani 2002).

Implicações Clínicas

Com este estudo não se pretende subvalorizar a dor percebida pelas crianças com AIJs, mas realçar que a dor não é das manifestações mais evidentes da doença. Este facto poderá mostrar-se muito útil na fase inicial da doença, quando se colocam questões no diagnóstico diferencial com outras causas de artrite, em especial se monoartrite. Contudo na abordagem terapêutica desta doença, a dor deverá ser avaliada e tratada quando presente com vista a melhorar a qualidade de vida destas crianças.

5. AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor José António Pereira da Silva por ter aceitado orientar este trabalho.

Manifesto o meu sincero agradecimento ao Dr. Manuel Salgado pela oportunidade que me proporcionou de desenvolver um trabalho na minha área de interesse, bem como pela confiança que depositou em mim, demonstrada desde o primeiro momento. Estou-lhe verdadeiramente agradecida por toda a disponibilidade e empenho e pela excelência na orientação científica deste trabalho.

Agradeço também à Enf. Matilde Correia pelo empenho que demonstrou na realização dos inquéritos e pela amizade e ao Pedro Maciel Barbosa pela colaboração na realização da análise estatística.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Anthony KK, Schanberg LE (2003) Pain in children with arthritis: a review of the current literature. *Arthritis Rheum* 49:272-279.
2. Bellamy N, Bradley LA (1996) Workshop on chronic pain, pain control and patient outcomes in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 3:357-362.
3. Benestad B, Vinje O, Veierod MB, Vandvik IH (1996) Quantitative and qualitative assessments of pain in children with juvenile chronic arthritis based on the Norwegian version of the pediatric pain questionnaire. *Scand J Rheumatol* 25:293-299.
4. Bland JM, Altman DG (1986) Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet* 1:307-310.
5. Brewer EJ, Bass JC, Cassidy JT (1972) Criteria for the classification of juvenile rheumatoid arthritis. *Bull Rheum Dis* 23:712-719.
6. Cassidy JT and Petty RE (2005) Chronic arthritis in childhood. In: *Textbook of pediatric rheumatology* 5th Edition, pp 206-260. Philadelphia: Elsevier Saunders.
7. Cassidy JT, Levinson JE, Bass JC, et al. (1986) A study of classification criteria for a diagnosis of juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 29:274-281.
8. Cuesta I, Kerry KL, Simpson P, Jarvis JN (2000) Subspeciality referral for pauciarticular juvenile rheumatoid arthritis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 154:122-125.
9. Dhanani S, Quenneville J, Perron M, Abdoell M, Feldman BM (2002) Minimal difference in pain associated with change in quality of life in children with rheumatic disease. *Arthritis Rheum* 47:501-505.
10. European League Against Rheumatism: EULAR Bulletin No. 4 (1977) Nomenclature and classification of arthritis in children. Basel, National Zeitung AG.
11. Fink CW (1995) Proposal for the development of classification criteria for idiopathic arthritides of childhood. *J Rheumatol* 22:1566-1569.

12. Fitzgerald M (1989) Arthritis and the nervous system. *Trens Neurosci* 12:86-87.
13. Foster HE, Eltringham MS, Kay LJ, Friswell M, Abinun M, Myers A (2007) Delay in aAccess to appropriate care for children presenting with musculoskeletal symptoms and ultimately diagnosed with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 57:921-927.
14. Garcia-Munitis P, Bandeira M, Pistorio A et al. (2006) Level of agreement between children, parents and physicians in rating pain intensity in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 55:177-183.
15. Gare BA (1998) Epidemiology. *Bailliers Clin Rheumatol* 12:191-208.
16. Ilowite NT, Walco GA, Pochaczewsky R (1992) Assessment of pain in patients with juvenile rheumatoid arthritis: relation between pain intensity and degree of joint inflammation. *Ann. Rheum. Dis.* 51:343-346.
17. Inocencio J (1998) Musculoskeletal pain in primary pediatric care: analysis of 1000 consecutive general pediatric clinic visits. *Pediatrics* 102:1468.
18. Jarvis JN, Solomon G (1998) Rheumatic Disease in Native American Children: How Prevalent? How Severe? How Different? *The Provider* 23:101-102.
19. Laaksonen AL, Laine V (1961) A comparative study of joint pain in adult and juvenile rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 20:386-387.
20. Lehman TJA (2009) Juvenile Arthritis. In: *A clinician's guide to rheumatic diseases in children* (Lehman TJA) pp 90-120. New York, Oxford UP.
21. Len CA, Terreri MT, Puccini RF, Wechsler R, Silva EK, Oliveira LM, Barbosa CMP, Pedroso GC, Hilário MOE (2006) Development of a tool for early referral of children and adolescents with signs and symptoms suggestive of chronic arthropaty to pediatric rheumatology centers. *Arthritis Rheum* 55: 373-377.
22. Lovell DJ, Walco GA (1989) Pain associated with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatr. Clin. North Am.* 36:1015-1027.

23. McGhee JL, Burks FN, Sheckels JL, Jarvis JN (2002) Identifying children with chronic arthritis based on chief complaints: absence of predictive value for musculoskeletal pain as an indicator of rheumatic disease in children. *Pediatrics* 110:354-359.
24. Oen KG, Cheang M (1996) Epidemiology of chronic arthritis in childhood. *Semin Arthritis Rheum* 26:575-591.
25. Rosenberg AM (2005) Longitudinal Analysis of pediatric rheumatology clinic population. *J Rheumatol* 32:1992-2001.
26. Ross CK, Lavigne JV, Hayford JR, Dyer AR, Pachman LM (1989) Validity of reported pain as a measure of clinical state in juvenile rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 48:817-819.
27. Sallfors C, Hallberg LR, Fasth A (2003) Gender and age differences in pain, coping and health status among children with chronic arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 21:785-793.
28. Sawyer MG, Carbone JA, Whitham JN, Robertson DM, Taplin JE, Varni JW, Baghurst PA (2005) The relationship between health-related quality of life, pain, and coping strategies in juvenile arthritis – a one year prospective study. *Quality of Life Research* 14:1585-1598.
29. Sawyer MG, Whitham JN, Robertson DM, Taplin JE, Varni JW, Baghurst PA (2004) The relationship between health-related quality of life, pain, and coping strategies in juvenile arthritis. *Rheumatology* 43:325-330.
30. Schanberg LE, Anthony KK, Gil KM, Maurin EC (2003) Daily pain and symptoms in children with polyarticular arthritis. *Arthritis Rheum* 48:1390-1397.
31. Schanberg LE, Lefebvre JC, Keefe FJ, Kredich DW, Gil KM (1997) Pain coping and the pain experience in children with juvenile chronic arthritis. *Pain* 73:181-189.
32. Scott PJ, Ansell BM, Huskisson EC (1977) Measurement of pain in Juvenile chronic polyarthritis. *Ann Rheum Dis* 36:186-187.
33. Çenocak Ö, Ünsal E, Akalın E, Ergör G (2003) Interobserver reliability of articular examination in juvenile idiopathic arthritis.

34. Sherry DD, Bohnsack J, Salmonson K, Wallace CA, Mellins E (1990) Painless juvenile rheumatoid arthritis. *The Journal of Pediatrics* 116:921-923.
35. Shields BJ, Cohen DM, Harbeck-Weber C, Powers JD, Smith GA (2003) Pediatric pain measurement using a visual analogue scale: a comparison of two teaching methods. *Clin Pediatr* 42:227-234
36. Shields BJ, Palermo TM, Powers JD, Grewe SD, Smith GA (2003) Predictors of a child's ability to use a visual analogue scale. *Child Care Health Dev* 29:281-290.
37. Thompson KL, Varni JW, Hanson V (1987) Comprehensive assessment of pain in juvenile rheumatoid arthritis: an empirical model. *J Pediatr Psychol* 12:241-245.
38. Varni JW, Seid M, Knight TS, Burwinkle TM, Brown J, Szer IS (2003) The PedsQL™ in pediatric rheumatology: reliability, validity and responsiveness on the Pediatric Quality of Life Inventory™ Generic Core Scale and Rheumatology Module. *Arthritis Rheum* 46:714-725.
39. Varni JW, Thompson KL, Hanson V (1987) The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire. I. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain* 28:27-38.
40. von Baeyer C, Wood C, Jaaniste T (2009) Instructions for administering the Faces Pain Scale – Revised(FPS-R) in languages other than English. In: www.painsourcebook.ca
41. Woo P, Laxer RM, Sherry DD (2007) Juvenile idiopathic arthritis (JIA). In: *Pediatric rheumatology in clinical practice* (Springer ed.), pp 23-46.

ANEXOS

Ex.^{mo(a)} Senhor(a)

No âmbito da minha Tese de Mestrado, pretendo realizar um trabalho de investigação no contexto da Dor Osteoarticular na Criança.

Pretende-se conhecer a história da dor nas crianças que frequentam a Consulta de Reumatologia Pediátrica.

Para tal solicita-se a vossa colaboração respondendo a uma pequena entrevista e a um inquérito sobre o tema.

De acordo com as normas éticas instituídas, será salvaguardado o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Grata pela colaboração, respeitosos cumprimentos,

Ana Carolina Baptista

Data: ____/____/____

Participo e autorizo a participação do meu filho:

(Para maiores de 8 anos) Autorizo a minha participação:

História de DOR:

Dados demográficos

Identificação: _____ DN: _____ Idade: ☐ Data: _____

Sexo: _____ Quem acompanha: _____

Outros dados

Percepção de dor no início da doença? _____

Diagnóstico _____

Início de queixas ____/____/____ Δ ____/____/____

Dor ou desconforto agora? _____

Escala de dor: 1 ☐ LMI; 2 ☐ de faces Valor: _____

Dor ou desconforto nas últimas 24 Horas? _____

Escala de dor: 1 ☐ LMI; 2 ☐ de faces Valor: _____

Dor ou desconforto na última semana? _____

Escala de dor: 1 ☐ LMI; 2 ☐ de faces, Valor: _____

Dor ou desconforto no último mês? _____

Escala de dor: 1 ☐ LMI; 2 ☐ de faces Valor: _____

Tomaste medicamentos hoje? Quais? _____

Nº de articulações dolorosas _____

Nº de articulações tumefactas _____

Nº de articulações limitadas _____

(0 – 0; 1 – ligeira; 2 – moderada; 3 – intensa)

Quantificação _____

Quantificação _____

Quantificação _____